

意見書（鈴鹿市若年がん患者在宅療養支援助成金）

ふりがな			
氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
住所			
病名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、鈴鹿市若年がん患者在宅療養支援助成金交付要領第2条第3号の要件（※1）に該当するものと判断できる（※2）。</p> <p>（宛先）鈴鹿市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師名 _____</p> <p style="text-align: right;">自署又は記名押印</p>			

※2 要介護認定の特定疾病の診断基準に準ずる。（裏面参照）

※1 【参考】鈴鹿市若年がん患者在宅療養支援助成金交付要領抜粋
（対象者）

第2条 この事業による助成を受けることができる対象者（以下「対象者」という。）は、次の要件を全て満たす者とする。

（1）（2）略

（3）がん患者（医師に一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至つたと判断された者に限る。）

（4）（5）略

【診断基準】

以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態(注)にあるもの。

- ① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの。
- ② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査(画像診査など)等で進行性の性質を示すもの。

注) ここでいう治癒困難な状態とは、概ね余命が6月間程度であると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。